DISSERTATION

N° 212.

SUR

LA PÉRITONITE PUERPÉRALE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR RENÉ-ACHILLE LEFOURNIER,

Bachelier ès-lettres.

Observatione medecina crescit.

STOLL.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	Messieurs
M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur*.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant*. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS, *Président*. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque, *Suppléant*.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Examinateur*.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur*.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

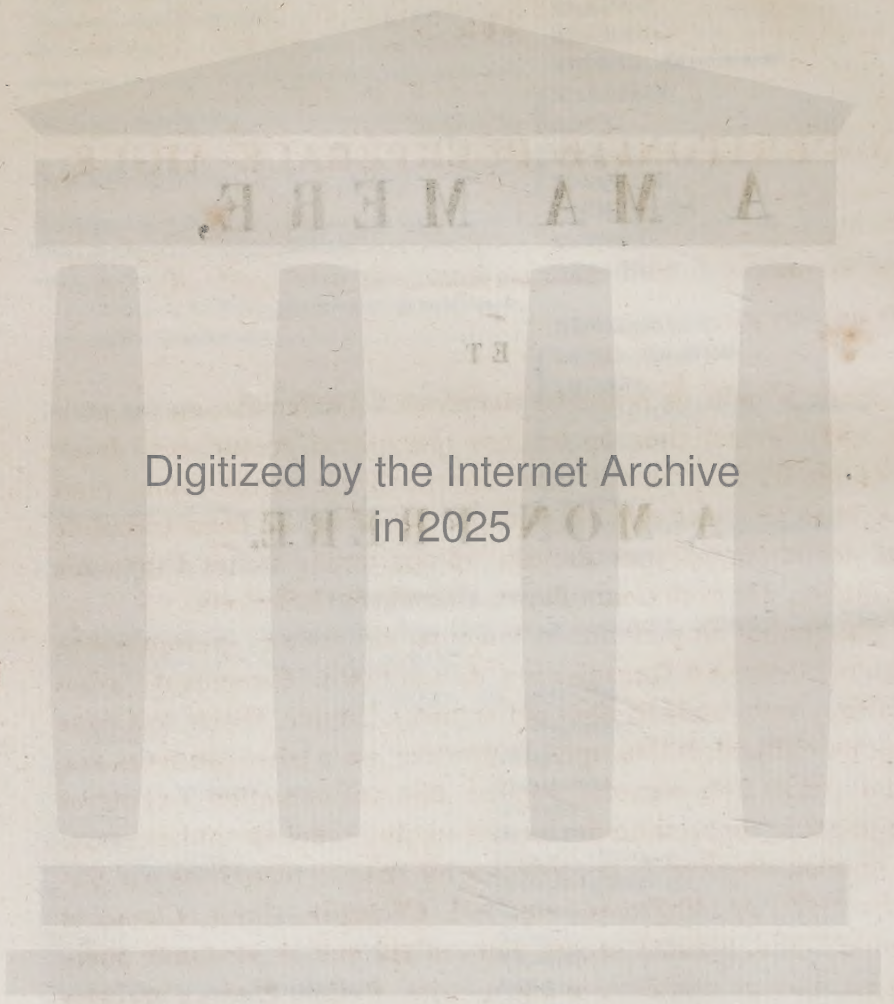
DE MON PÈRE.

A MA MÈRE,

ET

A MON FRÈRE.

R. A. LEFOURNIER.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0007unse

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE PUERPÉRALE AIGUË.

On donne le nom de *péritonite puerpérale* à l'inflammation du péritoine qui survient chez les femmes récemment accouchées. Je ne dois entrer ici dans aucun détail descriptif : je renvoie donc, pour l'étude anatomique et physiologique du péritoine, au beau travail de *Bichat* sur les membranes séreuses, et aux savans traités d'anatomie de *Winslow*, des professeurs *Boyer*, *Chaussier*, *Cuvier*, etc.

La phlegmasie du péritoine a toujours dû exister, puisqu'elle se lie essentiellement à l'organisation de nos tissus. Cependant, avant *Hippocrate*, cette maladie était entièrement ignorée. Gloire soit donc rendue au vieillard de Cos, qui, le premier, en a laissé plusieurs descriptions ; mais il la regardait comme une inflammation de l'utérus produite par la suppression des lochies ou un accouchement laborieux. Cette opinion du père de la médecine fut ensuite reproduite par *Galien*, *Paul d'Égine*, *Hoffmann*, etc. MM. *Chaussier*, *Cayol*, *Chomel* et plusieurs autres, pensent encore aujourd'hui que la péritonite puerpérale est souvent consécutive à la métrite. *Veihar*, *Horn*, d'après les principes de *Brown*, ont écrit et professé pendant long-temps que la maladie généralement décrite sous la dénomination vague de *fièvre*

puerpérale était essentiellement asthénique. *Willis*, *Puzos*, *Levret*, *Doublet*, dans leurs recherches sur cette affection, ayant observé que les lochies continuaient quelquefois à s'écouler, tandis que la sécrétion laiteuse était, disaient-ils, constamment supprimée, ne voyaient dans les phénomènes qui se succédaient jusqu'à la mort qu'une métastase laiteuse concentrée sur l'abdomen. *Michaëlis* a publié, au commencement de ce siècle, un mémoire, où il cherche à prouver que la cause et la gravité de cette maladie dépendent uniquement de l'accumulation du principe laiteux dans la masse du sang.

Doulcet et *Stoll*, habiles à saisir les complications, n'ont vu dans la péritonite puerpérale qu'une fièvre bilieuse. *Tissot*, *Alphonse Leroy*, etc., d'après quelques symptômes, lui trouvaient de l'analogie avec la fièvre adynamique. *Hamilton*, *Selle*, *Antoine Petit*, l'ont crue de nature ataxique.

Elle reçut aussi les noms de *gastrite*, *entérite*, *métrite*, *cystite*, etc., suivant que l'inflammation avait son siége dans la portion de cette membrane qui revêt l'estomac, l'intestin, l'utérus, la vessie, etc. : souvent on confondait ainsi l'inflammation de cette membrane avec les organes qu'elle recouvre, lorsque *Hunter* s'aperçut, en 1776, qu'elle était assez souvent seule affectée. *Jonhnston*, en Angleterre, adopta cette opinion, et *Walter*, célèbre anatomiste prussien, la soutint, à Berlin, dans un mémoire qu'il publia sur les maladies du péritoine en 1785. Enfin, en France, le célèbre professeur *Pinel*, dans sa Nosographie philosophique, et surtout l'immortel *Bichat*, dans son Traité des membranes et dans ses savantes Leçons de pathologie, ont fixé sans retour, au commencement du dix-neuvième siècle, les opinions de tous les médecins sur une maladie qui, depuis, a été observée et reconnue jusqu'à l'évidence, un grand nombre de fois, au lit des malades et à l'ouverture des cadavres. Les nombreux travaux de *Béclard*, *Laennec*, de MM. *Portal*, *Chaussier*, *Dupuytren*, *Broussais*, *Andral*, etc., ont jeté aussi un grand jour sur l'histoire de cette phlegmasie.

Si les nosographes ont eu, avant ces dernières années, des opinions si différentes sur la nature, le siége et le traitement de la péri-

tonite puerpérale, tous, depuis le divin vieillard, ont porté sur elle un prognostic fâcheux; mais nous devons reconnaître que les dangers auxquels elle expose ceux qui en sont atteints varient suivant plusieurs circonstances que nous indiquerons plus tard. Elle se développe presque toujours d'une manière sporadique. M. *Broussais* l'a rencontrée endémique en Hollande; *Doulcet* l'a rencontrée épidémique à l'Hôtel-Dieu, à Paris. Dans quelques cas, la rapidité avec laquelle elle sévissait sur un grand nombre de sujets a pu faire croire aux observateurs qu'elle pouvait revêtir un caractère contagieux.

Parmi les médecins qui reconnaissent qu'elle est une affection locale dépendant de l'inflammation du péritoine, il existe un sujet de controverse. Les uns la considèrent comme *primitive*, et c'est l'opinion qu'a embrassée le professeur *Pinel* dans sa Nosographie philosophique : les autres veulent qu'elle soit *presque toujours consécutive* à l'inflammation de l'utérus; ce sont MM. *Landré-Beauvais*, doyen de la Faculté, *Cayol*, *Chomel*, etc. *Gastellier*, trop exclusif et doué d'une imagination ardente, ne l'a jamais admise autrement. Quand des hommes d'un nom si recommandable, d'un esprit si judicieux en pareille matière, diffèrent d'opinions, convient-il à un élève de hasarder la sienne? Dans un cas si difficile, je me crois autorisé à garder le silence, et j'ose espérer que mes juges ne m'en feront point un motif de reproches.

Les médecins qui voulaient que la péritonite puerpérale fût une métastase laiteuse avaient, je pense, une opinion erronée, puisqu'on a vu cette phlegmasie se déclarer avant que la sécrétion du lait fût commencée, et qu'elle a existé en même temps que cette sécrétion était en pleine activité. Les partisans de cette opinion se fondaient sur les épanchemens lactiformes que l'on trouve dans la cavité abdominale. « *Doulcet* les comparait à du petit-lait non clarifié, fétide, au mi-« lieu duquel on voyait flotter de gros morceaux de lait caillé, ordi-« nairement fort blancs, et dont un grand nombre se trouvaient collés « à la surface des intestins. » Cette couleur blanchâtre a bien pu les induire en erreur, surtout dans ces temps où la chimie animale était

encore au berceau ; mais, depuis, cette science a fait des progrès, et les expériences de MM. *Berzélius* et *Proust* nous ont appris que le lait de femme contenait les principes suivans : acide lactique, butyrique, caséique, une matière sucrée très-abondante, etc., etc. Ils ont constaté ensuite qu'il n'existait pas le moindre atome de ces principes constituans du lait dans ces épanchemens, qu'ils ont reconnus pour être séro-albumineux. M. *Chaussier* y a trouvé un principe alkalin, qui verdit avec assez d'énergie le sirop de violette La matière de ces épanchemens a toujours fourni de l'albumine présentant différens degrés de consistance. N'a-t-on pas trouvé encore, à l'ouverture des cadavres d'hommes morts à la suite d'une péritonite, des épanchemens en tout semblables à ceux que l'on trouve chez les femmes mortes à la suite de péritonite puerpérale ?

Les limites que je me suis prescrites ne me permettant pas d'entrer dans plus de considérations générales, j'aborde de suite mon sujet : mais, auparavant, je réclame des professeurs illustres qui doivent juger ce faible essai l'indulgence et les bontés qu'ils ne cessent de prodiguer à ceux qui s'honorent d'être leurs disciples.

Dans cette dissertation, je rapporterai les principales causes de la péritonite puerpérale, je décrirai ses symptômes et sa marche; enfin, après avoir exposé ses différens modes de terminaison et le résultat de l'ouverture des cadavres, je parlerai des différens modes de traitement qui ont eu le plus de vogue.

Causes. La péritonite puerpérale, qui, selon nous, ne diffère point de celle des hommes par sa nature, peut être l'effet des mêmes causes générales; il n'existe de différences que par rapport à quelques causes particulières qui résultent de la grossesse, de l'accouchement et des suites.

On divise les causes en *prédisposantes* et *déterminantes*.

Causes prédisposantes. Les causes prédisposantes qui paraissent le plus capables de produire l'inflammation du péritoine sont celles,

en général, sous l'influence desquelles apparaissent les autres phlegmasies. Un tempérament sanguin, pléthorique : on la voit cependant apparaître chez les femmes qui sont les plus éloignées de cet état de turgescence sanguine ; une constitution grêle et affaiblie, un tempérament nerveux, facile à ébranler ; une température froide et humide, l'habitation dans des lieux mal aérés, où les rayons lumineux ne parviennent jamais, qui sont bas, étroits, froids et humides. D'après les observations publiées par *Delaroche*, il est certain qu'il meurt plus de femmes après les couches pendant l'hiver que dans les saisons chaudes. *Doublet* regarde la constitution atmosphérique froide et humide comme celle qui dispose le plus à l'inflammation des séreuses : aussi la voit-on régner le plus souvent dans les pays froids et humides, tels que la Hollande, la Belgique. C'est aussi sous l'influence de cette température qu'elle fait souvent beaucoup de victimes dans notre belle France. Dans les régions très-chaudes, elle est fort rare. *Savary* assure qu'elle est inconnue en Egypte. Le docteur *Salles* ne l'a jamais observée dans l'Amérique du Sud, où il est resté près de trois ans. La malpropreté, l'usage d'une nourriture malsaine, les maladies qui accompagnent la gestation, l'appréhension d'un accouchement laborieux, la crainte de la mort pendant le travail, etc.

Pendant le travail. Un travail plus ou moins laborieux, plus ou moins long ; l'abus des liqueurs fortes, des manœuvres imprudentes.

Après l'accouchement. Le changement subit qui vient de s'opérer chez la femme a produit un tel ébranlement dans tout l'organisme, qu'elle éprouve aux moindres impressions les influences les plus graves. Le désir d'un sexe non obtenu, le défaut d'allaitement, le chagrin causé par l'éloignement de l'enfant confié à des mains étrangères, sa mort, enfin toutes les affections morales, peuvent donner lieu à ces divers accidens et prédisposer à la péritonite dite *puerpérale*.

Causes déterminantes. La plupart des causes, qui n'auraient été que prédisposantes avant l'accouchement, peuvent ensuite devenir déter-

minantes : ainsi, l'habitation des lieux bas et humides, une température froide ou chaude, le passage subit de l'une à l'autre, des bandages trop serrés autour du ventre, des fomentations stimulantes ou astringentes sur lui ou les parties génitales, des injections de même nature dans ces dernières, mais surtout des écarts de régime, l'usage prématuré des alimens, des boissons froides ou alcoholiques, l'imprudence de se lever trop tôt, de se livrer à des occupations difficiles ou pénibles. C'est surtout aux affections morales, chez le plus grand nombre des femmes, qu'il faut rapporter le développement de cette affection ; ainsi, la crainte, le chagrin, la colère, la terreur, la joie excessive, l'amour et la haine acheveraient de bouleverser l'économie animale, déjà affaiblie par le travail de l'enfantement.

Invasion. L'invasion est généralement subite et rapide : elle a lieu quelquefois aussitôt après la délivrance ; j'ai vu un cas où les douleurs péritonéales se sont fait sentir plusieurs heures avant que le travail ne fût commencé. Chez la plupart des femmes, l'invasion a lieu dans les quatre premiers jours qui suivent l'accouchement. Il n'est pas rare qu'elle ne survienne que plus tard, après le douzième et même le vingtième jour, quoique la sécrétion du lait ait eu lieu. Quelle que soit l'époque à laquelle elle se déclare, la péritonite s'annonce, dans la plus grande majorité des cas, par un sentiment général de lassitudes et de faiblesses, par de la céphalalgie, des horripilations vagues, un engourdissement souvent indéfinissable des membres, des frissons intermittens, faibles ou intenses, suivis bientôt de cette chaleur brûlante et interne qui a presque toujours lieu dans l'inflammation des séreuses. Il y a encore de la tristesse, de l'agitation ; les mouvemens deviennent difficiles et douloureux. Ces premiers caractères peuvent se montrer plusieurs fois et d'une manière irrégulière pendant deux ou trois jours avant l'apparition des symptômes locaux ; tantôt, au contraire, ils ne durent que quelques heures, pour faire place à d'autres phénomènes plus importans. La chaleur devient fixe, continue, plus intense ; le pouls s'accélère, la céphalalgie sus-orbitaire augmente et s'étend dans

les orbites, la pression des yeux est douloureuse, ils sont larmoyans; la parole est brève, une légère sueur couvre le front. La malade se plaint de coliques; il y a diarrhée ou constipation, nausées, vomissemens; la peau contracte de la sécheresse, de la lividité; la langue est mauvaise. Jusqu'ici nous ne voyons rien encore qui caractérise d'une manière certaine une irritation plutôt qu'une autre; mais bientôt les symptômes caractéristiques de la péritonite se dessinent avec plus ou moins de promptitude et d'intensité. Essayons de les décrire : les uns sont *locaux*, les autres sont *généraux* ou *sympathiques*.

Symptômes locaux. La péritonite puerpérale ainsi déclarée, le ventre devient douloureux au point que, très-souvent, la plus légère pression est insupportable; les malades ne peuvent y endurer ni le poids des couvertures, ni l'application d'aucun topique; les secousses, tous les mouvemens qui déplacent le péritoine, ou qui tendent à diminuer la cavité abdominale, l'exaspèrent; la toux, le hoquet, l'éternuement, les vomissemens surtout, la rendent insupportable; elle est pongitive, fixe, continue, très-intense dans le point le plus enflammé; un sentiment de torsion, de brûlure ou de déchirement l'accompagne; quelquefois elle semble se calmer ou disparaître un instant; mais, presque aussitôt, mille tiraillemens opposés déchirent la malade, brisent ses forces, et la jettent dans le découragement.

Le *décubitus* a lieu sur le dos, toute autre position étant extrêmement pénible, pour ne pas dire impossible; les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin; la malade demande à avoir la tête élevée, pour mettre toutes les puissances musculaires dans le relâchement, et les empêcher de venir s'appliquer douloureusement sur les surfaces enflammées. Le ventre est brûlant, plus ou moins météorisé, rénitent, ballonné, à raison de l'intensité de l'inflammation, et plus encore du degré de résistance qu'offrent les parois abdominales : aussi le voit-on toujours plus volumineux chez la femme qui a eu plusieurs enfans que chez celle qui accouche pour la première fois. Les symptômes que je viens de décrire ne sont pas toujours aussi

marqués ; chez quelques femmes, les douleurs sont intermittentes ou légères. Dans une variété de la péritonite puerpérale, à laquelle on a donné le nom de *latente*, parce qu'elle se cache trop souvent et se dérobe même à l'œil du médecin, les douleurs sont nulles ; on peut palper l'abdomen, le presser même avec force, sans que la malade manifeste la plus légère douleur. MM. *Récamier* et *Fizeau* en ont cité des exemples. Je fus à même, il y a deux ans, d'en observer un cas fort intéressant chez une jeune femme de vingt-deux ans. Un examen attentif de toutes les parties du corps et de toutes les fonctions me fit reconnaître, dès le début de la maladie, qu'il se passait en elle quelque changement important : tous les symptômes se manifestèrent ; la douleur seule ne se développa pas ; la fièvre n'eut pas lieu.

Symptômes généraux ou sympathiques. La *respiration* est laborieuse, courte, plaintive, costale, incomplète ; les malades ne font que de petites inspirations, afin de ne pas abaisser le diaphragme, ce qui serait très-douloureux.

La circulation. Le pouls, dès l'invasion de la péritonite puerpérale, est petit, serré, concentré, comme retiré vers le cœur. Dans la période d'acuité, et lorsque la douleur est intolérable, le pouls est tellement petit et accéléré, qu'on ne peut plus compter les pulsations ; souvent alors elles sont intermittentes. *Thouret* a observé que le pouls était plus fréquent dans la péritonite puerpérale qu'il ne l'est dans la péritonite ordinaire. Dans des cas très-rares, il est vrai, la circulation n'est aucunement troublée ; elle paraît même quelquefois se ralentir et ne s'accélérer qu'aux approches de la mort : au reste, le pouls présente de grandes différences suivant les complications.

Digestion. Dès le début, la langue varie dans sa couleur, dans sa forme ; la bouche perd de son humidité naturelle, et devient d'une sécheresse assez prononcée ; les malades ont peu ou point d'appétit ; la soif est assez légère ; elles répugnent à boire dans la crainte que les

boissons introduites dans l'estomac ne provoquent les vomissemens ; si les phénomènes sympathiques se prononcent davantage et vont jusqu'à produire la gastrite, bientôt surviendront les nausées et les vomissemens, qui se renouvelleront sans cesse et sous la même influence. Si l'inflammation descend et se propage aux intestins ou au foie, nous verrons apparaître de nouveaux symptômes ; ainsi, avec la gastro-entérite, nous aurons la diarrhée le plus ordinairement, de la soif, une douleur profonde. La complication bilieuse amènera plus particulièrement après elle une tension douloureuse de l'hypochondre droit, des vomissemens bilieux, des déjections alvines jaunâtres, etc., avec les douleurs sympathiques du côté droit de la poitrine et du cou, ainsi que de l'épaule droite.

Sécrétions et excrétions. Ces deux importantes fonctions sont le plus souvent diminuées ou même complètement suspendues. Ainsi, la peau se dessèche, devient chaude : si les yeux se remplissent de larmes, ce n'est qu'un phénomène d'expression; la membrane pituitaire est sèche et noirâtre; la sécrétion des muqueuses gastro-intestinales peut se suspendre ; de là, constipation. Les urines sont rouges, épaisses, peu abondantes, rendues avec cuisson et douleur; les parties génitales deviennent arides et se dessèchent quelquefois entièrement; les lochies se suppriment tout à coup ou peu à peu; la sécrétion du lait est suspendue tout à fait, ou seulement diminuée. Dans le premier cas, les seins s'affaissent; dans le second, ils se flétrissent. Observons ici qu'on a invoqué à tort ces derniers phénomènes comme un symptôme pathognomonique de la péritonite puerpérale, puisqu'ils peuvent avoir lieu dans beaucoup d'autres maladies survenues peu de temps après l'accouchement; d'ailleurs, ils ne sont pas constans. Les lochies peuvent, en effet, continuer à couler avec abondance, et nous savons en outre que *White*, *Leake*, MM. *Chaussier*, *Dubois*, *Deneux* et beaucoup d'autres, ont vu souvent les mamelles gonflées rester pleines de lait jusqu'à la mort.

Habitude extérieure. La face est décomposée; elle est ordinairement pâle et se recouvre d'une sueur froide. Dans cet état, elle porte toujours l'empreinte de la souffrance; tous les traits sont tirés en haut et ramenés vers la ligne médiane; ils donnent alors le prototype du *facies* si bien désigné sous le nom de face *grippée.* Il y a une prostration extrême des forces. Le coucher est en supination.

Fonctions de relation. Les facultés intellectuelles restent souvent intactes jusqu'à la mort, surtout lorsque le cerveau est peu excité. Presque toujours on observe chez les malades de la morosité, de l'impatience, du découragement, une céphalalgie plus ou moins intense; le sommeil est troublé. Si le système nerveux reçoit une excitation plus forte par les progrès de la maladie, les phénomènes qui en sont la traduction augmentent et peuvent s'accroître assez pour que les douleurs ne soient plus perçues; alors, survient du délire, une agitation extrême, des convulsions, soubresauts des tendons, surtout de ceux de l'avant-bras; les yeux présentent l'aspect de la mort. Tels sont les symptômes les plus ordinaires qu'elle présente. Chacun d'eux, pris isolément, ne saurait caractériser cette maladie; aussi, le médecin ne basera jamais son jugement que sur leur ensemble. *Non ex uno signo, sed ex consensu omnium.* (Hippocrate.)

Marche et terminaisons. La péritonite puerpérale parcourt ordinairement ses périodes avec rapidité. Elle est, dans quelques cas, tellement intense qu'elle emporte les malades dans deux ou trois jours : je n'ose pas dire dans vingt-quatre ou trente-six heures; les auteurs, cependant, en ont cité des exemples : elle peut aller au-delà du quinzième ou vingtième jour, et passer à l'état chronique. Assez ordinairement, elle se termine par la mort du cinquième au dixième jour. Il est très-difficile d'isoler ses différentes périodes, parce qu'elles offrent une très-grande variété dans leur marche; elles se confondent les unes avec les autres, et se succèdent avec une telle rapidité, qu'on a vu souvent périr les malades avant que les moyens employés pour combattre cette ma-

ladie eussent pu agir efficacement. Cette maladie peut se terminer par la guérison, par la mort, ou passer à l'état chronique.

1°. *Par la guérison.* Cette terminaison, qui est la plus rare, a lieu ordinairement vers le cinquième ou le sixième jour; elle s'annonce par la diminution des symptômes que j'ai décrits. Le pouls, de fréquent et serré qu'il était, devient lent et prend du développement. Le ventre est moins tendu, les douleurs sont presque nulles, ce qui permet aux malades de se coucher indistinctement sur un côté ou sur l'autre. La respiration est plus libre et plus grande; la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies se rétablissent; le sommeil devient réparateur; la résolution de la péritonite est favorisée assez souvent par des hémorrhagies salutaires, des sueurs critiques, des urines abondantes, etc.

2°. *Par la mort.* Lorsque cette fâcheuse terminaison a lieu, les symptômes font des progrès alarmans; la prostration devient extrême; tantôt une anxiété et une insomnie continuelles tourmentent la malade; il y a du délire, des mouvemens convulsifs; tantôt, au contraire, il y a stupeur. A ces symptômes en succèdent d'autres plus effrayans encore, précurseurs d'une fin prochaine; le hoquet se manifeste, la face se décompose, le pouls devient excessivement petit, fréquent, irrégulier, intermittent, misérable. La peau est chaude ou recouverte d'une sueur froide; il y a des vomissemens de matières verdâtres. Les extrémités inférieures se refroidissent; la respiration s'embarrasse de plus en plus, et une agonie lente conduit ces victimes au tombeau. La terminaison par gangrène n'a pas, je pense, été observée à la suite de péritonite puerpérale; elle a toujours été mortelle dans le cas de péritonite ordinaire, soit qu'elle fût due à un étranglement, à un épanchement irritant dans l'abdomen, ou qu'elle fût la suite d'une inflammation trop vive. Je n'en parlerai pas.

Lorsque la marche de la maladie est un peu moins rapide, on peut observer tous les phénomènes locaux et généraux d'une collection

séro-purulente ; alors il y a des frissons irréguliers, légère diminution dans les douleurs ; mais elles sont continuelles. La femme éprouve un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre ; le visage est pâle, les extrémités froides ; le pouls est mou. Le ventre, qui, dans le commencement, donnait un son assez clair, donne un son plus obscur de jour en jour, à cause de l'épanchement séro-purulent qui se fait dans le péritoine. Une exacerbation fébrile a lieu ; le pouls devient fréquent, serré ; la peau est âcre au toucher ; le dépérissement fait des progrès, et la malade ne tarde pas à succomber. Il peut arriver cependant que ces épanchemens, que beaucoup d'auteurs regardent comme mortels, ne le soient pas toujours. *Doublet*, *Lepelletier* et *Pujol* rapportent des observations de femmes chez lesquelles cette terminaison avait eu lieu, et qu'ils guérirent en donnant issue à la matière purulente contenue dans l'abdomen, ou en favorisant son absorption.

3°. *État chronique.* Lorsque la phlegmasie est passée à l'état chronique, les symptômes sont alors moins prononcés ; la douleur est obscure et ne se découvre souvent que par la pression ; il y a tension, empâtement du ventre, ordinairement constipation, petitesse et accélération du pouls le soir ; la malade maigrit, dépérit de jour en jour ; la face devient terreuse, les yeux sont brillans, et les pommettes colorées dans les paroxysmes. La fluctuation, signe caractéristique d'un épanchement, devient de plus en plus sensible. Il y a œdème des extrémités inférieures ; l'infiltration générale se déclare, et la malade meurt au bout d'un temps plus ou moins long, après être passée par tous les degrés du marasme et de la fièvre hectique.

Diagnostic. Le diagnostic de la péritonite puerpérale est, sans contredit, le point le plus important de son histoire pour le médecin. Toutes les fois que sa marche est franche, que ses symptômes sont bien dessinés, et qu'on leur compare ceux des affections qui peuvent la compliquer, le diagnostic est, en général, assez facile à établir ; mais ils ne sont pas toujours assez constans et uniformes dans leur

intensité et leur apparition pour qu'on ne puisse s'y méprendre; ils varient suivant les causes qui les ont produits.

Si cette cruelle maladie frappe une femme jeune, robuste et douée d'une grande sensibilité, alors les symptômes sont plus tranchés, la fièvre est forte, les douleurs plus vives. Se manifeste-t-elle, au contraire, chez une femme faible, douée d'une constitution lymphatique, épuisée par des maladies antécédentes, les symptômes seront peu prononcés, la douleur sera presque nulle, le mouvement fébrile très-faible.

Dans une affection aussi souvent mortelle, le diagnostic est certainement de la plus haute importance; aussi je vais essayer d'exposer rapidement les différences qui existent entre cette phlegmasie et celles des organes abdominaux, avec lesquelles on pourrait la confondre. Les plus fréquentes sont la gastrite, la gastro-entérite, la métrite, la dysenterie, la néphrite, la cystite, plusieurs affections du système nerveux, etc., etc.

Gastrite. Parmi les symptômes qui appartiennent à cette phlegmasie, plusieurs sont communs à la péritonite puerpérale : ainsi, la douleur augmentée par la pression, les vomissemens, les hoquets, la rougeur de la langue, etc. Mais il sera facile de les distinguer l'un de l'autre, si l'on fait attention à la nature des douleurs et à l'état du pouls. Dans la gastrite, les douleurs sont profondes, gravatives; on peut exercer une pression assez forte sans les augmenter; le pouls est ordinairement plein, fort, fréquent. Dans la péritonite, les douleurs sont vives, poignantes et augmentées par la plus légère pression; une chaleur cuisante les accompagne; le pouls est concentré, petit et fréquent. Si on joint à ces différences l'état grippé de la face qui existe dans la péritonite, on ne pourra tomber dans l'erreur.

Gastro-entérite. La gastro-entérite présente des caractères assez nombreux qui la rapprochent de l'inflammation péritonéale. Cependant, en étudiant et analysant avec soin les symptômes qui lui sont

propres, il sera difficile de confondre ces deux maladies. La douleur dans la gastro-entérite n'est pas constante, si nous en exceptons les cas d'empoisonnement; de plus elle est moins vive, plus profonde; elle se concentre vers l'ombilic, où la malade éprouve une sorte de déchirement, qui n'est pas sensiblement augmenté par une légère pression. Le plus souvent la diarrhée se montre dès le début. On ne retrouve jamais la face grippée; les traits, au contraire, s'affaissent de plus en plus. Le ventre est déprimé, aplati dans une grande étendue dans la gastro-entérite, au lieu qu'il est ballonné dans la péritonite puerpérale, etc.

Métrite. Lorsque l'inflammation se borne à l'utérus, le plus souvent il sera facile de la reconnaître. La douleur qui l'accompagne est obtuse, gravative, et limitée dans un petit espace de la région hypogastrique, où la matrice fait saillie, ce qui dépend de l'augmentation de son volume. La femme se plaint d'un sentiment de pesanteur dans les lombes; l'intérieur du vagin donne au doigt la sensation d'une chaleur brûlante; le museau de tanche est gonflé, tendu, très-sensible; les lochies se suppriment, les seins s'affaissent; le pouls est vite, fort et développé, etc.

Dysenterie. Les tranchées violentes, le ténesme, les besoins irrésistibles et continuels d'aller à la garde-robe, les évacuations muqueuses et sanguinolentes, doivent toujours faire distinguer la dysenterie de la péritonite.

Néphrite. Comment pourrait-on méconnaître cette maladie? Dans la majorité des cas, si on analyse avec soin le caractère de la douleur, elle est profonde, déchirante; elle brise les forces de la femme la plus courageuse; elle passe avec la plus grande facilité d'un rein à l'autre, se propageant souvent le long des uretères jusqu'à la vessie, et même au méat urinaire.

Cystite. On sera certain d'avoir à combattre l'inflammation de la ves-

sie quand la malade sera en proie à des douleurs très-vives, fixées derrière les pubis, aux envies très-fréquentes d'uriner, et aux efforts souvent inutiles pour les satisfaire; l'urine sera visqueuse, assez souvent mêlée de sang, présentant plus tard un sédiment opaque, homogène ou floconneux.

Névrose. Plusieurs névroses pourraient faire croire, sans examen préalable, à une péritonite puerpérale commençante : il suffira, cependant, d'une attention médiocre pour reconnaître la nature de la maladie. Dans ce cas, en effet, les douleurs apparaissent brusquement, sans être précédées de frissons et des autres phénomènes précurseurs que nous avons indiqués. En outre, les différentes pressions, si douloureuses dans la phlogose péritonéale, loin d'augmenter les souffrances, les soulagent et peuvent même les faire disparaître; de plus, elles sont intermittentes et inégales; enfin, la plupart des autres symptômes généraux et sympathiques manquent entièrement: ainsi, le pouls, qui se précipite au moment de l'exacerbation de la douleur, reste calme dans la rémission; l'excrétion urinaire, toujours abondante, continue comme dans l'état sain; les réactions sympathiques du côté de la tête, de la poitrine, n'ont jamais lieu, etc.

Prognostic. Si nous étudions les auteurs et les nombreuses observations consignées dans leurs ouvrages, nous aurons bientôt la preuve malheureuse que la péritonite puerpérale laisse presque toujours peu d'espérance de guérison; malheureusement, l'expérience de tous les jours vient à l'appui de ce prognostic alarmant : cependant, il s'en faut de beaucoup qu'il soit aussi fâcheux dans tous les cas. Il doit, en effet, varier selon la constitution du sujet, l'intensité des symptômes, les complications qui peuvent se développer, l'étendue de la maladie, et selon que la partie enflammée répond à tel ou tel organe : ainsi, il est très-grave dans l'inflammation du péritoine sous-diaphragmatique; car il en résulte un grand trouble dans la respiration, qui rend la suffocation imminente. Vient ensuite celle

de la région épigastrique; cette maladie est encore d'autant plus funeste, qu'elle se développe plutôt après l'accouchement; et, selon *Levret*, elle doit être constamment mortelle lorsqu'elle se déclare avant les premières douleurs. Quand la péritonite existe depuis plusieurs jours, elle est beaucoup plus à craindre; si, au contraire, le médecin est appelé dès l'invasion, et qu'il ait affaire à une femme jeune, vigoureuse, peu accessible aux peines morales et pleine d'espérances; si d'ailleurs la maladie ne présente aucun phénomène sympathique remarquable, le prognostic sera favorable; car, une médication prompte et énergique doit, le plus souvent, arrêter ses progrès et la tuer sans retour. La fréquence extrême du pouls est, suivant *Delaroche*, du plus mauvais augure: il dit n'avoir jamais obtenu de guérison lorsque l'artère battait cent trente fois par minute, surtout si, avec cette fréquence, il était petit, faible et concentré, etc., etc. Des douleurs vives qui se développent tout à coup, une sensibilité excessive, la tension considérable et le météorisme du ventre, avec constipation opiniâtre ou diarrhée excessive, le délire, la circulation précipitée et convulsive, l'anxiété, l'altération profonde des traits, les soubresauts des tendons, indiqués déjà plusieurs fois; l'apparition des sueurs froides, les syncopes, le hoquet, des vomissemens, un tremblement général, l'obscurcissement des yeux, sont autant de circonstances qui doivent faire craindre la fin prochaine. Le médecin pourra, au contraire, porter un jugement favorable lorsqu'une partie des symptômes que nous venons de parcourir n'existe pas, lorsque la douleur est légère et peu étendue, lorsque le pouls perd de sa fréquence et revient à son état normal; si l'altération des traits enfin disparaît avec les vomissemens, la constipation, le météorisme et la tension du ventre. Quoi qu'il en soit, la péritonite puerpérale se présente sous tant de formes, relativement à ses complications, son intensité, etc., etc., qu'il est toujours difficile de porter un prognostic certain avant le cinquième, le huitième ou le dixième jour de la maladie, puisque c'est seulement à cette époque que nous pouvons reconnaître avec quelque certitude la marche qu'elle doit suivre et la terminaison qu'elle doit avoir.

Autopsie. Les lésions organiques que l'on trouve à l'ouverture des cadavres de femmes mortes de péritonite puerpérale varient selon la durée, l'intensité de la phlegmasie et son mode de terminaison. Des auteurs ont remarqué que l'inflammation s'étendait indistinctement sur toute la surface de la membrane séreuse, et qu'elle n'attaquait pas plutôt une partie qu'une autre; ils ont dit encore que la portion de cette membrane qui revêt l'utérus n'offre pas plus souvent des traces de rougeur que les autres; cependant, sur cinq ouvertures auxquelles j'ai assisté, j'ai vu trois fois cette portion d'un rouge prononcé, tandis que le reste était dans l'état sain; mais ne peut-il se faire comme dans la pleurésie (et c'est l'opinion de plusieurs auteurs) que cette couleur rouge appartienne à l'organe sous-jacent enflammé, et que la séreuse nous la transmette sans la partager?

Lorsque la péritonite puerpérale est tellement intense qu'elle enlève la femme qui en est atteinte en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, la séreuse ne présente le plus souvent aucune trace d'altération, soit dans sa couleur, soit dans son organisation. Dans quelques cas, on ne peut y constater qu'un peu de sécheresse. C'est par le rapprochement heureux de faits semblables que l'immortel *Bichat* nous a donné cette belle loi pathologique, qui nous apprend à ne pas toujours juger de l'état des tissus organiques après la mort d'après le seul et unique témoignage des symptômes, quelquefois fort graves, observés pendant la vie des malades.

Les lésions, jusqu'ici difficiles à apprécier, se dessinent davantage lorsque la mort, moins subite, moins prompte, n'arrive qu'au troisième, quatrième ou cinquième jour : les intestins sont alors comme retirés et contractés sur eux-mêmes. Presque toujours les vaisseaux qui rampent sur le péritoine rougissent; ils s'injectent surtout où l'inflammation a été la plus forte, de sorte qu'ils communiquent à la séreuse une légère teinte rosée. Dans la cavité, on trouve une sérosité qui varie par sa couleur et sa quantité, qui est toujours plus considérable dans la péritonite dont je m'occupe que dans la péritonite ordinaire. Cette sérosité, peu abondante à cette époque, est répandue sur le pé-

ritoine sous forme de rosée. Si la séreuse offre encore de la sécheresse, les intestins sont recouverts d'une matière purulente, plastique, demi-concrète, qui n'a point encore de consistance; plus tard, elle s'organisera sous l'aspect de bandelettes prismatiques, dont la face antérieure, aplatie, correspondra à la paroi du ventre, et dont les deux autres faces, légèrement concaves, répondront aux intestins contigus, et se termineront dans leur angle par un sommet arrondi; des vaisseaux la parcourront dans tous les sens. Elle formera alors une fausse membrane.

Quand la mort arrive du dixième au vingtième jour, la péritonite offre toujours une rougeur plus marquée. On trouve dans la cavité abdominale une matière purulente, quelquefois huileuse, beaucoup plus abondante que dans le cas précédent; ou bien une sérosité trouble, lactescente, quelquefois jaunâtre, et mêlée, soit de flocons albumineux, soit de fausses membranes: ces fluides sont toujours plus rapprochés de la nature du pus dans la cavité pelvienne. Les intestins, surtout les intestins grêles, ont entr'eux des adhérences fortes et nombreuses. La malade succombe-t-elle du trentième au quarantième jour, alors on observe toutes les lésions caractéristiques de la péritonite puerpérale passée à l'état chronique. La membrane séreuse présente, dans toute son étendue ou sur un grand nombre de points différens, une rougeur assez sensible; elle est baignée par une quantité considérable d'une sérosité purulente à laquelle sont mêlés des flocons albumineux plus ou moins abondans; rarement on y trouve une collection purulente, à moins que l'épanchement ne soit partiel. Il se forme des fausses membranes très-fermes qui recouvrent toute la surface séreuse du ventre; dans quelques cas mêmes, elles divisent la cavité abdominale en plusieurs compartimens, comme dans la péritonite ordinaire. L'agglomération des intestins est plus générale et plus solide; ils sont réunis en bloc, collés avec assez de force pour enlever la tunique péritonéale de dessus l'un d'eux quand on veut les séparer. Lorsque la maladie est arrivée à ce degré, on trouve le plus ordinairement tous les organes contenus dans l'abdomen partageant plus ou moins l'inflammation du péritoine.

En étudiant les altérations que laisse après elle la phlegmasie que je traite, mon intention n'a pas été de les indiquer toutes. Dans cet essai, je ne devais indiquer que les plus importantes; autrement, j'aurais été entraîné beaucoup trop loin. Je renvoie, pour de plus longs développemens, aux auteurs recommandables qui nous en ont laissé de fidèles descriptions.

Traitement prophylactique. Le premier soin du médecin, en abordant une personne attaquée de péritonite puerpérale, est d'écarter de la partie malade tout ce qui pourrait augmenter la douleur et l'irritation. On commence par débarrasser la malade de tout corps étranger capable de comprimer le ventre. L'immobilité la plus absolue doit être prescrite; car les mouvemens, les efforts, l'exercice et les frottemens, dont l'action pourrait se faire sentir sur l'abdomen, contrarieraient le reste du traitement; si même le poids des couvertures occasionnait des douleurs abdominales, il serait nécessaire de les soulever légèrement à l'aide d'un cerceau; il faudra, en outre, faire attention à ce que l'air de l'appartement ne soit ni trop chaud, ni trop froid, ni altéré par la respiration d'un grand nombre d'individus. Le moral de l'individu réclame aussi toute notre attention. Ainsi, les visites de félicitation que l'on a coutume de rendre aux nouvelles accouchées seront rigoureusement défendues. Les anciens savaient bien apprécier l'état de la femme en couches: les Spartiates affranchissaient leurs épouses de ces felicitations presque toujours nuisibles et fatigantes dont on accable maintenant les nouvelles accouchées. A Rome, on suspendait des couronnes de fleurs à la porte de la maison qu'elle habitait, comme pour avertir les citoyens de respecter cet asile. Enfin, dans des temps plus modernes encore, le magistrat de Harlem n'accordait-il pas une espèce de sauve-garde à la demeure d'une femme en couches, et l'approche n'en était-elle pas défendue au créancier, à l'appariteur et à tout suppôt de justice. Il serait à désirer que le temps, loin de détruire ces bienfaisantes coutumes, les eût propagées jusqu'à nous. Il faudra que la malade ne soit servie que par le petit nombre de personnes qui auront sa confiance; car elle

éprouve à chaque instant des désirs et des besoins auxquels la pudeur et la discrétion l'empêcheraient de satisfaire. Il faudra éloigner d'elle tout sujet d'affliction ou de terreur, ne l'entretenir que de choses agréables, éviter tout ce qui peut exciter des passions vives ou de grands mouvemens, bannir également cette pernicieuse habitude qu'on observe si fidèlement dans tout pays, qui consiste à relever les forces et le courage des accouchées par des stimulans, tels que le punch, le vin chaud, qui ne font qu'agir au bénéfice de la maladie que l'on veut combattre : on se gardera bien d'employer des fomentations astringentes, et cette longue suite d'évacuans qu'on nomme *antilaiteux*.

Traitement curatif. La péritonite puerpérale étant une des inflammations les plus graves et le plus souvent mortelles, il convient généralement de l'attaquer dès son début par les moyens thérapeutiques les plus puissans. Parmi le grand nombre de médicamens employés pour combattre cette affection, il en est quelques-uns qui, seuls ou combinés entr'eux, ont joui d'une certaine célébrité; je ne ferai que les indiquer; cependant, je tâcherai de faire ressortir en peu de mots les inconvéniens qui peuvent résulter de leur emploi.

Vomitifs. Avant *Doulcet*, les vomitifs avaient été employés sans fruit par les médecins français et étrangers; aussi, les abandonnèrent-ils. Ce médecin les remit en faveur vers la fin du siècle dernier.

Mode d'administration. Au moment de l'invasion, il faisait prendre quinze grains d'ipécacuanha dans deux verres d'eau, à une heure et demie d'intervalle l'un de l'autre. Après que la malade avait cessé de vomir, on lui donnait une cuillerée de la potion suivante :

Huile d'amandes douces.	℥ ij.
Sirop de guimauve. . . .	℥ j.
Kermès minéral.	gr. ij.

On réitérait une cuillerée de cette potion toutes les heures, et plus souvent s'il était nécessaire. Le lendemain, malgré la diminution des

symptômes, il faisait prendre de nouveau l'ipécacuanha à la même dose, et ensuite la potion; à plus forte raison si les symptômes conservaient leur intensité ou s'ils s'aggravaient. Il faisait prendre pour boisson de l'eau de graine de lin ou de scorsonère, édulcorée avec le sirop de guimauve. Ce traitement, si vanté alors par les médecins, doit être presque toujours dangereux. On ne saurait nous opposer avec raison les avantages qu'ils en ont obtenus. De nos jours, ils ne se sont point soutenus; et pourra-t-on s'en étonner, lorsque l'observation a prouvé tant de fois que les efforts seuls du vomissement pouvaient devenir cause déterminante de la phlegmasie du péritoine? Mais est-il bien certain qu'ils aient eu à combattre des péritonites franches et bien déclarées? Je ne le pense pas. De leur temps, où cette affection n'était point encore bien connue, n'ont-ils pas pu confondre quelque affection légère des organes digestifs avec cette terrible maladie?

Purgatifs. Stoll, persuadé que cette maladie était plutôt le produit d'un vice bilieux et putride des premières voies que d'une inflammation, administra les purgatifs. Par ce mode de traitement, il se proposait d'entretenir la liberté du ventre; il voulait évacuer les saburres et la bile, qu'il regardait comme cause de la maladie. Je ne pense pas que ces moyens soient sans danger. N'agissent-ils pas en irritant la membrane muqueuse avec laquelle ils sont en contact? N'est-ce pas dans l'intention de produire une révulsion sur cette membrane qu'on les emploie? Souvent l'irritation qu'on voulait déterminer sur la muqueuse intestinale se confondait avec celle qui existait dans la séreuse abdominale, et augmentait la gravité de la maladie. Ils s'opposent aussi à la préparation du lait, en fixant sur les membranes abdominales l'excitation nécessaire à la glande mammaire pour remplir ses fonctions. Je pense donc qu'il faut les rejeter, sinon entièrement, du moins dans le plus grand nombre des cas. Quant aux drastiques, conseillés par les Anglais, je les rejette entièrement; employés pour surmonter la constipation, ils n'y parviennent souvent pas, ou ils provoquent des diarrhées excessives, difficiles à arrêter, et qui hâtent la fin

des malades. Le savant professeur *Chaussier*, à la Maternité, associait la saignée aux purgatifs ; mais il se gardait bien d'employer les purgatifs drastiques : il employait les minoratifs, tels que l'huile de ricin et le sirop de chicorée composé ; il employait aussi l'huile d'amandes douces et de fleurs de pêcher, etc., etc. Je passe légèrement sur cette partie du traitement, qui m'inspire peu de confiance, et qui demande de la part du médecin beaucoup de prudence et de tact.

Saignées. De tous les moyens qui composent le traitement antiphlogistique, les évacuations sanguines générales et locales sont bien certainement les armes les plus puissantes que possède le praticien pour combattre la péritonite puerpérale. Il n'est pas cependant indifférent de les employer indistinctement. En général, les saignées locales réussissent mieux dans l'inflammation des membranes ; mais il ne faut pas rejeter les saignées de la veine : on doit, je pense, y avoir recours avant d'appliquer les sangsues, toutes les fois que les malades sont fortes, d'un tempérament sanguin, etc. : on a vu de ces péritonites ne céder qu'à des saignées générales. M. *Marjolin*, dans son excellent Cours de pathologie externe, a cité plusieurs fois l'exemple d'une jeune dame à laquelle on avait appliqué près de cinq cents sangsues pour une affection de cette nature ; les symptômes conservaient leur intensité ; la malade allait de mal en pis. Appelé auprès de cette dame avec M. *Fouquier*, ils n'hésitèrent pas, malgré son extrême faiblesse, à pratiquer une saignée avec la lancette. Leurs espérances ne furent pas trompées ; car presque aussitôt les douleurs diminuèrent avec les accidens. Dans quelques circonstances, le pouls semblerait contr'indiquer la saignée à cause de sa faiblesse ; mais si la femme est forte, si elle a perdu peu de sang après la délivrance, il ne faut pas s'en laisser imposer par ce signe : dans ce cas, l'excès de la douleur peut arrêter le développement du cœur. Après la sortie du sang, l'on voit l'artère accueillir plus de volume et de force. Les Anglais, toujours exagérés, assurent avoir fait avorter cette phlegmasie en saignant jusqu'à défaillance. Ils ont, disent-ils, obtenu par cette

méthode des succès extraordinaires. Chez les femmes qui ont beaucoup d'embonpoint, et qui présentent une couche épaisse du tissu cellulaire entre le péritoine et les tégumens du ventre, on insistera davantage encore sur les saignées générales ; ici l'on a beau appliquer des sangsues, elles n'ont presque aucun résultat, et ne dégorgent que très-difficilement les capillaires du tissu enflammé à travers une barrière de graisse qui paralyse entièrement leur action dérivative.

Malgré la supériorité incontestable que nous présentent les grandes évacuations sanguines faites dès le début de la péritonite, nous devons reconnaître qu'il faut presque toujours leur associer la saignée locale opérée par le moyen des sangsues. Son action a l'avantage d'être à la fois dérivative, spoliative, et d'agir plus directement sur le système capillaire abdominal. Elle offre, en outre, la facilité de pouvoir poursuivre la maladie, et de s'en rendre maître à mesure qu'elle se renouvelle : remarquons, d'ailleurs, qu'elle peut encore être employée lorsque la femme est tellement faible, qu'il n'est plus possible d'ouvrir une veine sans s'exposer à voir, à l'instant même, commencer l'agonie. Toutefois, aussitôt qu'elles seront tombées, on lavera leurs piqûres pour favoriser et entretenir plus long-temps l'écoulement du sang. Les cataplasmes, les bains de vapeur, et les saignées dérivatives, faites vers le vagin après la suppression des lochies diminuent le plus souvent la réaction du péritoine enflammé, en rappelant, comme après la cessation des règles, les fluides qui doivent dégager l'utérus : on pourra remplacer les sangsues par des ventouses scarifiées. *Gondret*, qui s'est beaucoup occupé de leur action, assure qu'elles lui ont été plusieurs fois d'un grand secours dans la phlegmasie qui nous occupe.

Il est impossible d'indiquer la quantité de sang qu'il faut retirer pour triompher d'une péritonite puerpérale : cette donnée est relative aux forces de la malade, à la violence des symptômes. Je ne chercherai point non plus à déterminer rigoureusement l'époque où le traitement antiphlogistique ne peut plus être employé sans danger ; mais il est évident que plusieurs auteurs sont allés trop loin

en assurant qu'il ne convenait jamais après les vingt-quatre ou les trente-six premières heures. Je crois, avec le plus grand nombre, qu'on ne doit les abandonner que lorsque la période inflammatoire a dépassé son maximum ; lorsque la peau reste sèche et brûlante, le ventre ballonné, la face livide ; lorsqu'il il y a du délire, une faiblesse extrême, un relâchement, et surtout si l'épanchement est déjà formé. Ce n'est plus alors par des saignées que l'on parvient à triompher de la maladie ; elle passerait, au contraire, à l'état chronique, influencerait davantage l'organisme en lui enlevant une partie de ses forces, et ferait succomber bien plus tôt la résistance vitale. Aux moyens indiqués ci-dessus nous devons joindre les fomentations émollientes chaudes ; elles doivent être, en général, préférées aux cataplasmes, dont le poids augmente quelquefois les douleurs. Si cependant le malade peut les conserver, on ne les négligera pas, et ils pourront concourir au traitement : alors, on aura l'attention de les renouveler souvent ; autrement la fermentation acide s'établirait, et, bien loin d'être émolliens, ils deviendraient répercussifs.

Les bains chauds ont rarement l'utilité que quelques médecins leur attribuent. Je les ai vu employer assez souvent, et presque toujours j'ai observé que leur action tournait au profit de la phlegmasie. Le poids du liquide, l'impression du froid, la position pénible que le malade est obligé de garder, enfin le déplacement qu'ils exigent, sont des motifs puissans pour les rejeter. En revanche, on aura recours aux bains de vapeurs, dont on retire de grands avantages. Les bains froids, ainsi que les fomentations glacées, sont des moyens incendiaires qu'il faut abandonner. Les lavemens avec de la décoction de graine de lin, de têtes de pavots, d'amidon, de guimauve, peuvent aider le traitement ; mais, dans leur administration, on doit apporter le plus grand soin à ne pas déplacer le malade, et à n'injecter à la fois dans le gros intestin qu'une petite quantité de liquide dès l'invasion de la péritonite. La diète la plus sévère doit être observée ; la malade est mise ensuite à l'usage des boissons mucilagineuses, rafraîchissantes et légèrement diaphorétiques. On prescrit la limonade, le sirop d'or-

geat, les décoctions d'orge, de chiendent, de graine de lin, auxquelles on ajoute quelques gouttes de laudanum, si des symptômes nerveux viennent s'ajouter à la maladie. On donnera encore des infusions nitrées de bourrache, de sureau, d'oranger ou de tilleul, agréablement édulcorées. La malade est quelquefois tellement irritable, que les boissons prises, même en petite quantité, sont rejetées par le vomissement. Il faut éviter, autant que possible, ces secousses violentes en trompant la soif de la malade, lorsqu'elle est impérieuse : on y parvient souvent en humectant les lèvres et la cavité buccale avec quelques tranches de citron. Si les vomissemens continuent toujours, on pourra les faire cesser en donnant des boissons acidulées ou le gaz acide carbonique.

Les mauvais effets qu'on a retirés des épispastiques appliqués sur le ventre dans l'acuité de la maladie ne sont pas propres à autoriser leur emploi. Plusieurs fois alors M. *Marjolin* a vu le péritoine plus enflammé dans l'endroit correspondant au vésicatoire ; mais si la maladie est arrivée à sa seconde période, les vésicans, rubéfians remplissent le but qu'on se propose. On en a retiré surtout de bons effets lorsque la phlegmasie est passée à l'état chronique. On les applique directement sur le siége du mal.

Le médecin ne perdra pas de vue la secrétion du lait, qu'il tâchera de rappeler lorsqu'elle aura été supprimée. Il couvrira les mamelles de coussinets ouatés qui y concentreront la chaleur; il fera exercer plusieurs fois par jour sur le mamelon une succion de quelques minutes, soit par l'enfant nouveau-né, ou à l'aide de quelqu'un des appareils inventés dans ce but. On a conseillé aussi, dans ce but, des sangsues en petit nombre et des scarifications sur les seins, afin d'y déterminer un mouvement fluxionnaire, sans lequel la sécrétion du lait ne peut avoir lieu.

Lorsque la péritonite puerpérale se termine par résolution, le médecin a peu de chose à faire; il doit seulement surveiller de près la maladie, et favoriser tous les mouvemens heureux qui tendraient à s'établir. Dans la terminaison par suppuration, la malade est vouée

à une mort presque certaine; plusieurs fois cependant le pus s'est fait jour au dehors, et a procuré la guérison : aussi me paraît-il indiqué d'imiter la nature, et de pratiquer l'opération de la paracenthèse aussitôt que la fluctuation devient sensible, ainsi que le recommandait *Doublet*. Enfin, si la phlegmasie passe à l'état chronique, après avoir mis en usage tous les moyens prophylactiques, on doit employer de puissans dérivatifs. Les sangsues, les rubéfians, les frictions mercurielles, les exutoires, les bains sous différentes formes, peuvent concourir au traitement et amener une guérison qui n'est pas toujours au-dessus des ressources de l'art. Lorsque l'épanchement séreux augmente et devient considérable, on insiste sur les diurétiques. Si le liquide ne se résorbe pas, la ponction de l'abdomen, faite de bonne heure, peut encore être couronnée de succès.

Il me reste à parler d'un moyen thérapeutique précieux, qui semble chaque jour mériter plus de confiance; c'est de l'emploi du mercure. Depuis long-temps on l'employait dans les Indes-Orientales pour combattre certaines inflammations, telles que l'*hépatitis*. Hamilton s'en servit dans un cas semblable, et réussit. Après lui, *Armstrong* en usa dans les inflammations abdominales, et il fut le premier qui combattit victorieusement la péritonite puerpérale par ce moyen. Depuis lui, beaucoup d'autres médecins s'en sont servis; mais ce n'est que depuis le docteur *Vandenzande* que cette médication a pu jouir de quelque autorité. Enfin, depuis ce praticien recommandable, de nombreux succès, rapportés par plusieurs médecins célèbres, ne nous laissent aucun doute aujourd'hui sur son utilité dans la thérapeutique d'une maladie trop souvent mortelle. Je ne chercherai pas à expliquer comment le mercure peut amener la guérison de la péritonite puerpérale. Je ne trouverais dans l'opinion des auteurs qu'incertitude, ainsi que dans beaucoup d'autres explications; et ici, par exemple, peut-on supposer avec vérité que son action est toute dérivative? Quant au mode d'aministration, on y aura recours conjointement avec les antiphlogistiques, aussitôt l'invasion de la phlegmasie : on donne alors le proto-chlorure de mercure, ou calomélas, à la dose de huit à dix grains

par jour, et l'on fait avec beaucoup d'exactitude de longues frictions d'onguent mercuriel sur l'abdomen ou sur les cuisses. Je les ai vu administrer à la dose de deux gros chacune, et les répéter toutes les trois ou quatre heures. On doit augmenter les doses que j'indique, suivant la marche de la maladie, sans craindre jamais de les pousser trop loin; mais, dans tous les cas, on continuera les mêmes moyens jusqu'à la disparition des symptômes morbides, qui diminuent presque constamment lorsque la salivation commence à s'établir. Il est vrai qu'elle ne se montre pas toujours; mais, dans le cas contraire, lors même qu'elle est abondante, elle ne saurait inquiéter la malade, car elle s'arrête souvent d'elle-même, ou bien on la fait cesser en diminuant les doses ou en les cessant tout à fait. Si la salivation persistait encore, on administrerait des gargarismes astringens. On a remarqué que la salivation s'établissait beaucoup plus difficilement dans un cas de péritonite puerpérale que dans un cas de syphilis.

Le calomélas préconisé par les Anglais, a l'inconvénient d'irriter, comme les purgatifs, la muqueuse gastro-intestinale; je ne pense pas qu'il doive être employé lorsque les purgatifs seront contr'indiqués.

Tel est le traitement de la péritonite puerpérale simple. Il ne m'appartient point d'indiquer les différentes modifications qu'on doit y apporter; disons seulement que ces indications nouvelles deviendront d'autant plus difficiles que les complications seront plus nombreuses ou plus graves, et qu'elles s'éloigneront davantage de la nature phlegmasique.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.